Ein Fall von Hysterie.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Emil Bassmann,
approb. Arzt aus Marktbreit a. M.

München 1903.
Kgl. Hofbuchdruckerei Kastner & Callwey.

Ein Fall von Hysterie.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Emil Bassmann,
approb. Arzt aus Marktbreit a. M.

ACAD. MED. BAT. BIBL.

München 1903.
Kgl. Hofbuchdruckerei Kastner & Callwey.

Referent: Herr Professor Dr. Ritter von Bauer.

Meinen lieben Eltern

in Dankbarkeit gewidmet

vom Verfasser.

„Die Kenntnis der Hysterie ist so alt, wie die Zivilisation", schreibt Briquet in seinem klassischen Werke über die Hysterie, und doch, wie lange hat es gedauert, ehe man auch nur einige Klarheit über das Wesen der Krankheit erlangte, welche Wandlung der Anschauungen von der Zeit der altgriechischen Aerzte bis zur Neuzeit!

Während man früher bis zu Charcots Zeiten, sogar in den Kreisen der Aerzte, ebenso wie auch jetzt noch häufig in Laienkreisen, die Hysterie nicht als eine Krankheit „sui generis" aufzufassen gewohnt war, sondern sich unter einer hysterischen Person eine im allgemeinen nervöse, in ihrem Wesen vielleicht unberechenbare Frau oder überreizte Mädchen vorstellte, wissen wir jetzt nach den grundlegenden Arbeiten Charcots und seiner Schüler, denen sich die deutschen Forscher ebenbürtig zur Seite reihen, daß sich die Hysterie nicht allein — und nicht in allen Fällen — nur in einer andauernden pathologischen Charakterveränderung kundgibt, sondern daß diese Krankheit die schwersten organischen Leiden vortäuschen kann.

Nach dem Stande der heutigen Wissenschaft ist die Hysterie als eine Erkrankung aufzufassen, „welche sich ausschließlich auf die mit den psy-

chischen Vorgängen unmittelbar verknüpfte Gehirntätigkeit bezieht, also, wenn man will, als eine Psychose, aber in dem erweiterten Sinne des Wortes, daß sich die Störung nicht nur auf den normalen Ablauf der psychischen Vorgänge selbst bezieht, sondern vorzugsweise auf die Verknüpfung derselben mit den rein körperlichen Innervationsvorgängen. Tritt an diesen Verknüpfungen eine Lockerung, eine Verschiebung, ein falsches Mißverhältnis ein, so entsteht eine „nervöse" Störung der Bewegung oder der Empfindung, eine hysterische Krankheitserscheinung" (v. Strümpell). Nun gibt es aber viele dieser Verknüpfungen und man kann sich darnach auch leicht die Vielgestaltigkeit der Krankheitsbilder erklären. Sydenham äußert sich daher mit Recht darüber: dies me deficeret, si omnia, quae affectus hystericos gravant symptomica enumerare velim. In diesem Chaos von Erscheinungen, welche manchmal ebenso schnell wieder verschwinden als sie gekommen sind, gibt es gewisse Symptome, die wegen ihrer besonderen Häufigkeit und Hartnäckigkeit als wertvolle Charakteristika der Hysterie diagnostisch verwertet werden können und die Charcot mit dem Namen „hysterische Stigmata" bezeichnet hat. Dazu rechnet man u. a. die verschiedenen Arten der Sensibilitätsstörungen, die Hyperaesthesien, die Anaesthesien und Analgesien, besonders die sehr charakteristischen halbseitig auftretenden Störungen dieser Art, dann die hysterische Spinalirritation und die als Ovarie bezeichnete Hyperaesthesie der Unterbauchgegend der Frauen. Neben diesen

„Stigmata“ gibt es noch viele andere Funktionsstörungen, die sich mehr oder weniger wiederholen, die jedoch wegen ihres gesetzlichen Auftretens den Wert eines Stigmas nicht beanspruchen können.

Mannigfach sind die Einflüsse, unter denen sich der hysterische Zustand entwickeln kann. Bald ist dem Nervensystem von Geburt an eine eigentümliche Reaktion eingepflanzt, bald wird sie durch eine abnorme Beschaffenheit der Ernährungsflüssigkeit bedingt, bald ist sie die Folge von Reizen, welche durch die Vermittlung von sensiblen Nerven auf die Zentralorgane einwirken oder endlich ist sie die Folge von sogenannten psychischen Reizen. Der Umstand, daß die Hysterie öfter beim weiblichen als beim männlichen Geschlechte vorkommt, und daß verschiedene psychologische und pathologische Vorgänge in den weiblichen Genitalien von hervorragender Bedeutung für ihre Entwicklung sind, hat zu der irrigen Annahme Veranlassung gegeben, daß die Hysterie ausschließlich Eigentum des weiblichen Geschlechtes und daß sie bei diesem immer eine von den Geschlechtsorganen ausgehende Erkrankung sei. Diesem Umstande verdankt sie auch ihren, nicht mehr auszurottenden Namen, Hysterie, von ὑστέρα, der Uterus. Von dieser letzteren Ansicht jedoch ist man ganz abgekommen, nachdem man Erscheinungen an Männern beobachtet hat, die man früher anderen nervösen Affektionen zugeschrieben hat, oder die man mit Hypochondrie bezeichnete, die aber unbedingt für Hysterie anzusehen waren. Allerdings ist das weibliche

Geschlecht weitaus mehr für die Hysterie zugänglich und nach einer Statistik von Briquet, der auf 1000 beobachtete Hysterien 50 bei Männern fand, 20 mal mehr zu Hysterie disponiert als das männliche. Doch kann man den Zahlenangaben, die über die verschiedene geschlechtliche Disposition zur Hysterie gemacht worden sind, nur die Bedeutung einer ungefähren Annäherung an das wirkliche Verhältnis zuerkennen.

Eine eigene Art der Hysterie stellen die sogenannten traumatischen Hysterien dar, die schon von den bedeutendsten Forschern behandelt und besprochen worden sind. Traumen spielen entschieden bei der Hysterie eine große Rolle. Die besondere Art des Traumas ist von geringer Bedeutung. Es sind nicht allein die durch Eisenbahnkollisionen hervorgerufenen Traumen, welche die Hysterie bewirken. Sie liefern eine große Zahl von Fällen, aber schon ein Sturz aus dem Wagen, von einer Treppe, der Biß eines Hundes, die Anlegung eines einfachen Bruchverbandes sind ebenso wirksam, wie das größte Eisenbahnunglück.

Da nun diese traumatischen Hysterien gerade bei Männern öfters vorkommen, so muß die von Briquet aufgestellte Statistik eine gewisse Einschränkung erhalten.

Die nationale Verschiedenheit des Auftretens liegt nach Ansicht Rosenthals im Charakter eines Volkes. Je erregbarer und empfänglicher dasselbe ist, desto mehr wird in ihm das zartere, eindrucksreichere weibliche Geschlecht der Hysterie untertan sein. Aus diesem Grunde leiden die Französinnen und Italienerinnen, deren schwär-

merische, heißblütige und impulsive Naturen ja hinlänglich bekannt sind, weit mehr an Hysterie als z. B. die Deutschen und Slaven, bei denen die Krankheit weniger häufig ist und bei vorhandenem Auftreten in viel leichteren Formen sich äußert. Auch unter Ungarn, Polen und Rumänen ist die Hysterie viel stärker verbreitet als bei uns und man hat „die bei diesen Völkern eingebürgerten sozialen Verhältnisse, das frühe Abstreifen des kindlichen Sinnes durch Zulassen der Kleinen zur Gesellschaft der Erwachsenen, die treibhausartige erzeugte Frühreife der Mädchen, die Erhitzung der Phantasie durch Romanlektüre, Theaterbesuch und Bälle, die Förderungen geschlechtlicher Reize etc. beschuldigt (Rosenthal, Möbius). Die Heirat ohne gegenseitige Neigung, die sogenannte Konvenienzheirat, führt Rosenthal mit als einen Grund an für das häufige Zustandekommen der Hysterie bei der jüdischen Bevölkerung Polens.

Aetiologie:

Charcot lehrt: Die Grundursache der Hysterie ist die Vererbung und zwar kann diese gleichartig sein, z. B. hysterische Mutter, hysterische Tochter, oder die Vererbung kann ungleichartig sein, z. B. die Erzeuger oder deren Voreltern litten an einer nervösen Affektion, aber nicht an Hysterie. Briquet hat statistisch nachgewiesen, daß fast die Hälfte aller hysterischen Mütter die Krankheit auf die Tochter vererbt haben. Neben dieser Ursache, der Vererbung, gibt es aber noch andere Ursachen, die sogenannten Gelegenheitsursachen (agents provocateurs). So zeigen sich

schon für das Kind stark disponierende Momente an der Erziehung, auf der einen Seite eine schlaffe, überall nachsichtige Erziehung, auf der anderen Seite eine zu despotische, jede Willensäußerung unterdrückende Heranbildung des kindlichen Gemütes. Im weiteren dann unvernünftige Anstrengung der Eltern, das Kind aus seiner Kindlichkeit herauszubringen, die Ueberbürdung des kindlichen, noch unentwickelten Gehirns durch frühzeitige Erlernung fremder Sprachen, ferner die Schulzeit mit den manchmal großen Anforderungen an Körper und Geist, das oft stundenlange Verweilen des Kindes in schlechter Luft, all das sind Momente, welche das Auftreten der Hysterie ganz ungemein begünstigen, namentlich wenn es sich noch um eine vielleicht schon vererbte Krankheitsanlage handelt. Daher findet man nach Beobachtung von älteren Aerzten, wie Willis, Hofmann, Lepois und besonders nach denen von Charcot und Briquet, der bei 87 Kindern im Alter von 5—12 Jahren hysterische Erscheinungen festgestellt hat, die Hysterie im Kindesalter nicht so sehr selten und oft mit enorm schweren Symptomen begleitet.

Gelangt dann das zu junge Mädchen in die Zeit der Pubertät mit ihren stürmischen Eingriffen auf das Gesamtbefinden des Körpers, so findet hier die Hysterie wieder günstige Momente für ihr Auftreten. Briquet hat nachgewiesen, daß mehr als die Hälfte der Erkrankungen an Hysterie in die Zeit zwischen dem 12. und 20. Lebensjahr fallen und nur ein Drittel zwischen das 15. und 20. Jahr. Im Orient tritt die Krankheit bei

dem frühzeitigen Beginn der Menstruation noch eher auf. So übt auf der einen Seite die Menstruation und zwar nach Rosenthal besonders die pathologischen Formen derselben, wie Dysmenorrhoe und Metrorrhagien, einen nicht unbedeutenden Einfluß auf die Entstehung der Hysterie aus, auf der anderen Seite gibt es unzweifelhaft Fälle von Hysterie, in denen der Nichtbefriedigung des Geschlechtstriebes, die „geschlechtliche Enthaltung" eine gewisse Bedeutung als ursächliches Moment zukommt. Besonders bei jungen Witwen, die sich früher im Vollgenuß der geschlechtlichen Befriedigung befanden, aber auch bei Frauen, die durch die Impotenz ihrer Männer die gehörige Befriedigung nicht finden, kommt die Krankheit zuweilen infolge jenes Umstandes zur Entwickelung und kann eventuell durch Beseitigung der Ursache geholfen werden.

Mehr noch als die geschlechtliche Enthaltung wirkt die geschlechtliche Ueberreizung und zwar namentlich die Onanie. Dieses letztere Moment ist es auch, das bei Hysterie von Männern relativ häufig als das ursächliche gefunden wird.

Von psychischen verderblichen Eindrücken auf das junge Gemüt endlich sind vor allem die Ueberreizung seiner Phantasie durch schlechte Lektüre, durch zu häufigen Theaterbesuch, durch Bälle etc zu nennen, ein Umstand, der das Auftreten der Hysterie in der Stadt, im Gegensatz zum Lande und besonders in den besseren Ständen erklären könnte. Als besonders gefährliche psychische Läsionen bezeichnet Jolly Liebeskummer, Eifersucht, Gedanken eines verfehlten

Berufes, empfindliche Kränkungen und Verletzungen des Ehrgefühls. In den ärmeren Klassen sind angestrengte Arbeit, Nachtarbeit, Aufenthalt in schlechter Luft und schlechten Wohnräumen, verbunden mit Sorgen um das tägliche Brot oft genug disponierende Momente für das Entstehen der Hysterie.

Neben allen diesen eben erwähnten Krankheitsursachen kommt die Hysterie noch oft als Begleiterscheinung bei Chlorose, Anämie vor, ferner nach erschöpfenden Krankheiten, so z. B. in der Rekonvaleszenz schwerer Typhen, Phthisen, besonders bei chronischen Magen- und Unterleibsleiden und vor allem bei Erkrankung der weiblichen Geschlechtsorgane.

Pathologische Anatomie.

Wie schon am Eingang der Abhandlung erwähnt wurde, hat man in früherer Zeit die Entstehung der Hysterie ausschließlich in die weiblichen Geschlechtsorgane verlegt, ein Umstand, dem die Krankheit den heutigen Namen verdankt. Bei dieser Entstehungsweise aus den weiblichen Geschlechtsorganen hat man wieder besonders Lageveränderungen der Gebärmutter, wie z. B. Tiefstand, Flexionen und Versionen derselben verantwortlich gemacht oder man hat mangelhafter Entwicklung der Gebärmutter, Amennorrhoe, chronischen Infarkten, Muttermundgeschwüren oder Krankheiten der Ovarien und der Tuben die Schuld an der Entstehung der Hysterie gegeben.

Diese Annahme lassen manche Statistiken nicht unwahrscheinlich erscheinen; so hat Scan-

zoni unter 1724 mit Genitalleiden behafteten Frauen 1328 Fälle von Hysterie konstatiert und damit stimmen auch die Erfahrungen von Landouzy und Amann überein, allein diesen Statistiken stehen solche von Briquet und Bernutz gegenüber, welche die anfängliche Wahrscheinlichkeit der vorigen Statistiken stark anzweifeln lassen, denn hauptsächlich Bernutz hat unter 32 Fällen von Hysterie in 19 Fällen keine Abnormität im Genitalapparate finden können. In neuerer Zeit ist man von der Ansicht, daß die Hysterie nur auf dem Boden der weiblichen Geschlechtsorgane entstehe, abgekommen, nachdem man auch beim Manne vielfach Hysterie festgestellt hat. Trotzdem konnte ein eifriger und höchst bedeutender Forscher, gerade auf diesem Gebiete, nämlich Charcot, der alten Ansicht noch nicht ganz Valet sagen, was aus einem Ausspruche von ihm hervorgeht. Charcot sagt nämlich: „Ich bin kein Anhänger der alten Lehre, welche den Ausgangspunkt der ganzen Hysterie in die Geschlechtsorgane verlegt, aber ich glaube mit Schützenberger, daß bei einer gewissen Form von Hysterie, welche ich die ovariale nennen will, der Eierstock eine wichtige Rolle spielt.

Nach dem heutigen Stande hält man die Hysterie für ein reines Nervenleiden. Es ist die Neurose par excellence, wie man sie genannt hat, mögen immer auch gewisse andere Dinge noch, wie Chlorose, Anämie, chronische Verdauungsstörungen etc. ihrer Entwicklung Vorschub leisten und sie in ihrem Bestande erhalten. Ihr Wesen ist gesteigerte Erregbarkeit des Nerven-

systems mit Neigung zu Reflexaktionen in die motorische und sekretorische Sphäre und dadurch unterscheidet sie sich hauptsächlich auch von der Hypochondrie, mit der sie sonst manches gemeinsam hat, deren Wesen aber gesteigerte Erregbarkeit mit Neigung zu Reflexaktionen in die psychische Sphäre ist.

Fragen wir uns nun: Worauf beruht denn diese gesteigerte Erregbarkeit des Nervensystems, so wird uns die Antwort auf die Frage wohl nicht leicht werden, denn das ist eben die Frage, worum sich alles bei der Hysterie dreht und die, wie oft sie auch schon von den verschiedensten und bedeutendsten Forschern aufgeworfen worden ist, doch noch keine endgültige Lösung gefunden hat. Denn alles, was die Erregbarkeit erklären könnte, Anämie, Chlorose, mangelnde Ernährung, chronische Vergiftungen, greifbare Veränderungen des Nervensystems, insbesondere schleichende Entzündung und Tumorenbildung in den Zentralorganen desselben, all das schließt den Begriff der Hysterie aus und bedingt sofort einen anderen. „Es gehört eben hergekommener Weise zum Begriff Hysterie, daß keine nachweisbaren Ursachen für sie am Nervensystem aufgefunden werden und man nimmt daher, wie seiner Zeit Sydenham, noch heute an, daß Hysterie nur da vorliege, wo keine andere bestimmte Krankheit, trotz aller genauen Untersuchung nachgewiesen werden könnte“ (Arndt).

Je mehr darum unsere Kenntnis von den Erkrankungen des Nervensystems, besonders des Zentralnervensystems, fortschreitet, je mehr uns

die Strukturveränderungen bekannt werden, denen es unterworfen ist, umsomehr wird nach dieser Auffassung auch das Gebiet der Hysterie eingeengt, umsomehr löst es sich allmählich in eine Anzahl von Krankheiten oder Krankheitsgruppen auf, bis zuletzt nichts weiter von ihm übrig bleibt, als nur noch der blosse Name. Es geht der Hysterie wie es so manchen anderen sogenannten funktionellen Krankheiten ergangen ist, der Phthise, der Tabes, der Apoplexie.

Will man aber an dem Begriffe, Hysterie, festhalten, d. h. an der gesteigerten Erregbarkeit des Nervensystems, so nimmt Arndt eine Erhöhung der molekulären oder atomistischen Tätigkeit der Elemente des Nervensystems an, welche sich in einer anormalen Funktion desselben geltend macht. Auch Oppenheim geht von der Molekulartheorie aus und spricht von einer erhöhten Labilität, einer verminderten inneren Reibung der Moleküle, welche die mikroskopisch nicht nachweisbaren Veränderungen des Nervensystems bedingen. In der hysterischen Lähmung sieht er ein molekulares Hindernis, eine molekulare Umlagerung beim Uebergreifen des Willens auf die motorische Sphäre.

Symptome.

Nach Betrachtung der Aetiologie und Pathogenese der Hysterie kommen wir nun auf die Symptome der Krankheit zu sprechen. Die ersten Symptome der beginnenden Krankheit sind gewöhnlich die der gesteigerten psychischen Reizbarkeit und Launenhaftigkeit, denen sich Hyper-

aesthesien und Erregungszustände in verschiedenen Sinnesgebieten und vermehrte Reflexerscheinungen hinzugesellen. Manchmal treten die letzteren Erscheinungen an erste Stelle, und die psychischen Veränderungen kommen erst später zum Vorschein. Diese Symptome können Jahre lang bestehen, ohne daß andere hinzutreten, oft aber kommt schon frühzeitig Anaesthesie und Lähmungen in den einzelnen Körpergegenden zur Entwicklung.

Dann gibt es wieder eine Reihe von Fällen, wo die Krankheit plötzlich beginnt, und zwar werden sie eingeleitet durch einen jener Anfälle, welche auch im weiteren Verlaufe der Krankheit so oft auftreten. Bei genauerer Untersuchung zeigt sich aber, daß schon seit mehr oder weniger langer Zeit ein Keim der Krankheit in den einzelnen Individuen verborgen war, der nun durch irgend eine äußere Veranlassung zum Ausbruch gekommen ist. In einer kleinen Zahl von Fällen entwickelt sie sich aber in der Tat bei vorher ganz gesunden Personen plötzlich oder wenigstens binnen einiger Tage oder Wochen. Der Grund für diese Art des Auftretens der Krankheit ist meist in heftigen moralischen Erschütterungen oder in hochgradigen körperlichen Erschöpfungen zu suchen.

Im weiteren Verlaufe können die erwähnten Anfälle eine so hervorragende Rolle spielen, daß sie das ganze Krankheitsbild auszumachen und bei oberflächlicher Beobachtung in den Intervallen zwischen denselben alle Krankheitserscheinungen zu fehlen scheinen. In anderen Fällen ent-

wickeln sich nach diesen Anfällen weitverbreitete Lähmungen, Kontrakturen, Anaesthesien u. a. m. oder die bereits vorhandenen erfahren eine Steigerung.

In wieder anderen sind die Anfälle von geringer Intensität und durch lange Zwischenräume getrennt und gerade in diesen entwickeln sich schwere hysterische Erscheinungen. Endlich gibt es Fälle von Hysterie in erheblicher Zahl, in denen eigentliche Anfälle ganz fehlen.

Schon aus diesen Andeutungen ergibt sich, daß die verschiedenen Symptome der Hysterie im buntesten Wechsel mit und nacheinander zur Entwicklung kommen. Zuweilen kommen alle diese Symptome in einem einzelnen Falle zur Beobachtung und bedingen so ein äußerst mannigfaches und vielgestaltetes Krankheitsbild. In anderen Fällen ist nur ein Teil derselben vorhanden. Niemals fehlend sind die eigentümlichen Veränderungen der psychischen Reaktion, mit denen einzelne der vorkommenden Sensibilitäts- und Mobilitätsstörungen im engsten Zusammenhange stehen. Um sie gruppieren sich je nach der Intensität und Allgemeinheit der Krankheit die übrigen Erscheinungen.

Zur Vervollständigung der Arbeit sei es mir gestattet, die einzelnen Symptome in aller Kürze zu besprechen.

1. Sensibilitätsstörungen.

Sehr häufig finden sich bei der Hysterie ausgedehnte oder umschriebene Hyperaesthesien, zunächst des Tast- und Schmerzgefühls; besonders

bezeichnend ist die abnorme Druckempfindlichkeit der hysterogenen Zonen, namentlich in einem oder der beiden Hypogastrien (sogenannter Ovarialschmerz, Ovarie), im Epigastrium, an einzelnen Dornfortsätzen (hysterische Spinalirritation). Oft sind diese und andere hyperaesthetische Bezirke auch der Sitz spontaner Schmerzen. Von den Sinnesorganen zeigen namentlich Ohr und Auge manchmal abnorme Empfindlichkeit. In den meisten Fällen von Hysterie finden sich ohne oder mit anderen Sensibilitätsstörungen, von den Kranken meist selbst gar nicht bemerkt, Abschwächung der Sinnesempfindung. Am seltensten ist allgemeine Anaesthesie, häufiger sind Hemianaesthesie oder disseminierte Anaesthesie. Bei der Hemianaesthesie sind Gefühl, Geschmack, Geruch, Gesicht, Gehör auf einer Körperhälfte stark herabgesetzt oder ganz erloschen; an der Haut meist hauptsächlich die Schmerzempfindung, sodaß man schmerzlos Nadeln durch die Haut stecken kann und dergleichen; beim Gesichtssinn findet sich besonders einseitige, konzentrische Einengung des Gesichtsfeldes und allgemeine oder partielle Farbenblindheit. Die disseminierten Anaesthesien werden fast immer erst bei der objektiven Untersuchung entdeckt; häufig besteht sie nur an umschriebenen, oft unregelmäßig begrenzten, zuweilen sehr zahlreichen Hautinseln, in anderen Fällen sind einzelne Glieder bis in die tiefen Teile hinein unempfindlich. Durch Auflegen von Metallplatten und andere äußere Einwirkungen auf die anaesthetischen Stellen kann nicht selten die Gefühllosigkeit auf symmetrische Stellen der an-

deren Körperhälfte übergeführt werden, ein Symptom, das man mit dem Namen „Transfert" bezeichnet.

2. Motilitätsstörungen.

Sehr häufig finden sich bei der Hysterie dauernde Muskelschwäche (Amyosthenie), speziell bei Willkürbewegung, sowie eine Neigung zu Kontrakturbildung. Auf dieser Grundlage kommt es im Anschluß an wirkliche, geträumte oder durch Schreck in die Gedanken gekommene Beschädigungen, etwa eines Beines, zu hartnäckigen Lähmungen, Krämpfen und Kontrakturen. Oft sind die hysterischen Lähmungen mit Anaesthesie verbunden; zuweilen treten sie in dem anaesthetischen Gliede nur dann ein, wenn die Augen geschlossen werden. Häufig kann der Kranke während des Liegens alle Bewegungen mit den Beinen ausführen, sobald er aber gehen oder stehen soll, versagen die Beine (Astasie und Abasie). Andere Male sind beide Beine, ein Bein, oder Arm und Bein einer Seite völlig gelähmt. Häufig sind auch hysterische Stimmbandlähmungen mit Aphonie, Flüstersprache. Sehr wichtige motorische Störungen bei Hysterie sind ferner die klonischen und tonischen, allgemeinen oder beschränkten Krämpfe. Die allgemeinen Krämpfe treten in Anfällen auf; sie bestehen entweder in Umsinken, allgemeinem Zittern und höchster Atembeschleunigung, oder in ausgebildeten Krämpfen (grande hystérie), die sich von den epileptischen durch einen mehr koordinierten Charakter unterscheiden, der bei Laien oft den Ein-

druck willkürlicher Wälz-, Schleuder- und Stoßbewegungen macht. Dabei macht oft gerade der Rumpf besonders lebhafte Verdrehungen und kann durch starken Opisthotonus eine förmliche Kreisbogenstellung (arc de cercle) einnehmen. Weiterhin laufen die Kranken oft in wilden Sprüngen umher oder geben sich eigentümliche Stellungen mit dem Ausdruck der Wut, des Schreckens u. s. f. (attitudes passionelles). Das Bewußtsein ist namentlich in leichteren Fällen größtenteils erhalten; auf energisches Anrufen unterbrechen die Kranken meist ihre Bewegungen und richten sich auf; bei der grande hystérie besteht ebenfalls nicht die schwere Bewußtlosigkeit, wie beim epileptischen Anfalle — die Kranken verletzen sich nie — aber das Vorstellungsleben ist nach außen wesentlich verschlossen und von zwangsmäßigen Assoziationen erfüllt; deren Inhalt zumal in den attitudes passionelles zum deutlichen Ausdruck kommt, häufig auch wohl von furchtbaren Halluzinationen, die nicht selten an den veranlassenden Schreck anknüpfen. Nach dem Anfall besteht oft nur eine lückenhafte Erinnerung oder völlige Amnesie. In vielen Fällen von Hysterie kommen niemals Krampfanfälle vor, in anderen sind sie sehr häufig. Oft schließen sie sich an Gemütsbewegungen an, nicht selten lassen sie sich durch Druck auf die hysterogenen Zonen hervorrufen.

Partielle klonische Krämpfe finden sich zuweilen als Zittern oder choreatische Bewegung einzelner Glieder, als hartnäckiges Gähnen, Niesen, Husten, Erbrechen u. a. m. Von den be-

schränkten tonischen Krämpfen verdienen besondere Erwähnung der Globus hystericus, das Gefühl einer in der Speiseröhre aufsteigenden oder im Schlunde festsitzenden Kugel, wahrscheinlich auf Krampf der Speiseröhre beruhend, und die praktisch wichtigen Kontrakturen. Sie finden sich als Beuge- und Streckkontrakturen, zumal an den Gliedern, häufig mit Anaesthesie und Lähmungen vereint, sind oft schmerzhaft (dann werden sie meist als Gelenkneuralgien bezeichnet) und sehr hartnäckig. Auch bei den Kontrakturen und Lähmungen findet sich nicht selten die oben erwähnte Erscheinung des Transfert.

Neben den angegebenen Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen, die man wegen ihrer bezeichnenden Bedeutung als hysterische Stigmata benennt, finden sich nun in dem wechselndsten Zusammenstellungen noch zahlreiche subjektive und objektive Erscheinungen, Schmerzen der verschiedensten Art und Verbreitung, unangenehme Empfindung, Auftreibung des Magens und der Därme durch Gase, wechselnde Hitze- und Kältegefühle, Zahnfleisch- und Rachenblutungen, Harnverhaltung oder Polyurie, Appetitlosigkeit oder abnorme Nahrungsgelüste u. a. m., nicht selten schließen sich schwere Psychosen an. Durch manche von diesen Erscheinungen können die Ernährung und der Körperzustand sehr ungünstig beeinflußt werden; auch der psychische Einfluß auf die Körperbeschaffenheit ist nicht zu unterschätzen, zumal bei der meist viele Jahre betragenden Dauer der Krankheit. Trotzdem zeigen sich viele Hy-

sterische mit anhaltendem und blühendem Aussehen.[1])

Endlich möchte ich noch ein paar Worte über das psychische Verhalten der Hysterischen sagen. Der hysterische Charakter bietet nichts von dem allgemeinen Bilde der nervösen Anlage abweichendes. Jeder körperliche oder geistige Eindruck wird übermäßig tief empfunden, die Kranken sind deshalb sehr empfindlich und verstimmt, zu Klagen und Nörgeleien und zu reflektorischen Unlust- und Abwehrhandlungen geneigt, der schnelle Wechsel der Stimmungen läßt sie launenhaft und oft sogar undankbar erscheinen, die stete Betonung der eigenen Empfindung stempelt sie in den Augen der Umgebung zu Egoisten. Wenn sie sich zeitweise mit Selbstaufopferung anderen widmen, so spielt bei diesem Vergessen des Egoismus jedenfalls das krankhafte Vorstellungsleben eine sehr große Rolle, ebenso die bei der nicht seltenen Uebertreibung der eigenen, übrigens stets wirklich empfundenen Leiden.

Damit werden wir wohl das große Heer der hysterischen Symptome weder hinreichend noch

---

[1]) Auch vasomotorische Störungen sind bei H. nicht selten. So kommen Veränderungen in der Energie und Frequenz der Herzbewegung vor, es kommt bei vielen Hysterischen zu Schwankungen in dem Kontraktionszustande der Gefässmuskeln. Von besonderem Interesse sind die infolge örtlicher Kongestion bei Hysterischen vorkommenden Blutungen aus der Haut und den verschiedenen inneren Organen. Zuweilen tritt nach hysterischen Anfällen grosser Speichelfluss auf oder der gegenteilige Zustand, eine abnorme Trockenheit der Zunge und der Mundhöhle. Auch Magen- und Harnsekretion erleiden vielfach eine Veränderung.

ziemlich erschöpfend behandelt haben und wollen nun im Anschluß an diese Betrachtung einen Fall anführen und an der Hand desselben noch einmal die einzelnen Symptome an uns vorüberziehen lassen. Der Krankheitsfall wurde mir durch die Güte meines hochverehrten Lehrers, Herrn Dr. Sittmann zur Dissertation überlassen.

Wagner Kreszenz, katholisch, Zugeherin, 44 Jahre alt.

Krankenhausaufenthalt seit 17. VIII. 1900.

Anamnese:

Die Patientin hat seit etwa 4 Monaten Schmerzen in den Beinen, die namentlich beim Gehen sich steigern. Am stärksten sind sie an den Fußknöcheln und direkt oberhalb derselben. Die Schmerzen haben einen reißenden, ziehenden Charakter. Bei völliger Ruhe mindern sie sich. In der Nacht sind sie ganz aufgehoben, sodaß der Schlaf nicht gestört ist. Vor 11 Jahren hat die Patientin eine Darmentzündung gehabt, sonst hat sie keine Krankheiten durchgemacht. Die Menses waren früher immer regelmäßig und ohne alle Schmerzen, jetzt sind sie immer seltener. Der Vater der Patientin starb an Herzschlag, die Mutter an Altersschwäche. Die Geschwister leben und sind gesund. Potatorium und Infektion negiert die Patientin.

Objektiver Befund:

Mittelgroße Patientin von kräftigem Körperbau, gut entwickelter Muskulatur, reichlichem Fettpolster und gutem Ernährungszustand. Die Haut ist von normaler Farbe und Feuchtigkeit,

die sichtbaren Schleimhäute sind etwas blaß. Die Conjunctiva des rechten unteren Lides ist etwas injiciert. Knochenauftreibungen sind nicht vorhanden, ebenso keine Drüsenschwellungen und keine lokalisierten Atrophien. An der Haut der Sohlen, besonders am Groß- und Kleinzehenballen und an der Ferse sind leichte Epidermisverdikkungen. Die Patientin nimmt im Bette keinerlei Zwangslage an.

Respirationsapparat: Lungengrenzen hinten, 10. Brustwirbelfortsatz, mäßig verschieblich, vorne oberer Rand der 5. Rippe. Allenthalben vesikuläres Atmen, kein Husten, kein Auswurf.

Zirkulationsapparat: Herzdämpfung nach rechts bis zur Mitte des Sternums, nach oben oberer Rand der 4. Rippe, nach links bis zur Mammillarlinie. Spitzenstoß nicht fühlbar. Töne leise, aber rein; Puls regelmäßig, klein und weich.

Digestionsapparat: Abdomen etwas vorgewölbt, weich, nicht druckempfindlich. Die Leber schneidet den Rippenbogen in der Mammillarlinie. In der Medianlinie steht sie 2 Querfinger breit unterhalb des Schwertfortsatzes. Keine Druckempfindlichkeit. Der Appetit ist gut, der Stuhl regelmäßig.

Urogenitalsystem: Im Harn ist kein Eiweiß und kein Zucker. Die Harnmenge ist 200 ccm. Das spezifische Gewicht beträgt 1004. Die Reaktion ist normal, sauer.

Nervensystem:

A. Motilität.

1. Aktiv frei: Ganz intakt.

2. Aktiv mit Widerständen: Grobe Kraft in beiden Händen und Vorderarmen etwas herabgesetzt, im übrigen ziemlich erhalten, aber im Vergleich zu der stark entwickelten Muskulatur etwas gering. An den Händen ist die Muskulatur im Vergleich zur übrigen Muskulatur ein wenig atrophisch.
3. Passiv: Der Muskeltonus überall gut erhalten.
4. Motorische Reizerscheinungen: Nirgends vorhanden.

B. Sensibilität.

1. Empfindung für feine Berührung: Ueber der ganzen Körperoberfläche aufgehoben.
2. Schmerzempfindung: Allenthalben aufgehoben, nur am Kinn herabgesetzt erhalten.
3. Temperatursinn: Kalt und Warm wird nur am Kinn, beiderseits am foramen mentale empfunden; an der übrigen Körperoberfläche das Gefühl dafür aufgehoben, da nicht einmal die Berührung des Reagenzglases empfunden wird.
4. Gefühl für Lage und Raum: In der unteren Extremität fällt das Kniestrecken etwas langsam und unsicher aus. In der oberen Extremität leichte Ataxie, namentlich bei langsamen Auffahren zur Nasenspitze.
5. Gefühl für feine Bewegung: Namentlich in den Handgelenken, besonders rechts herabgesetzt.
6. Sensible Reizerscheinungen: Keine Druckempfindlichkeit des Schädeldaches, der Wirbelsäule, der großen Nervenstämme.

C. Reflexe.

1. Höhe: Fußsohlenstich- und Strichreflex aufgehoben, ebenso der Kitzelreflex beiderseits. Bauchdeckenreflex vorhanden, jedoch nach links und oben etwas verstärkt. Mammillarreflex beiderseits vorhanden. Der Würgreflex aufgehoben. Konjunktivalreflex beiderseits aufgehoben.
2. Tiefe: Fußklonus ist nicht auslösbar. Patellarsehnenreflex rechts normal, links herabgesetzt. Radius-Periostreflex ist nicht auslösbar. Pupillen links mittelweit, rechts etwas weiter. Auf Lichteinfall und Akkomodation reagieren sie prompt.

D. Coordination.

Der Gang ist stampfend. Dabei schwankt die Patientin sehr stark, sodaß sie sich nach ein paar Schritten festhalten muß, um nicht zu Boden zu fallen. Beim Versuch, im Stehen die Augen zu schließen, fällt Patientin sofort um.

E. Blase und Mastdarm.

Sind ohne jegliche Störung.

F. Psyche.

Die Stimmung der Patientin ist meist heiter. Doch verhält sich die Kranke meistens ruhig, nur zuweilen zeigen sich Exaltationen.

Das Körpergewicht der Kranken betrug beim Eintritt in das Krankenhaus 69,0 kg. Die Temperatur hielt sich immer in normalen Grenzen 36,8—37,0—37,3.

Desgleichen zeigten Atmung und Puls nie eine Abnormität. Atmung 20—24. Der Puls 73—76.

Die Behandlung der Patientin bestand in Anwendung von elektrischen Bädern, jeden zweiten Tag ein Bad, in den Zwischentagen Behandlung mit Induktionsströmen. Daneben kalte Abklatschungen.

Am 28. VIII. 00 hatte sich das Krankheitsbild wenig geändert. Es zeigten sich nirgends Atrophien, auch von Inaktivitätsatrophien ist kaum etwas zu merken. Der Patellarsehnenreflex ist links noch herabgesetzt, die hohen Reflexe sind ziemlich schwach, der Würgreflex immer noch ganz aufgehoben. Grobe Kraft an den Armen und Beinen stark herabgesetzt, sodaß Patientin nur mit Mühe und ganz unsicher stehen und gehen kann. Sensibilität am ganzen Körper, besonders aber an den Extremitäten in allen Qualitäten gleichmäßig herabgesetzt, an den Vorderarmen und Unterschenkeln fast vollständige Anaesthesie. Die Pupillen dauernd ungleich weit, die rechte stets weiter als die linke. Die Sensibilitätsstörungen betreffen auch das Facialis-Gebiet beiderseits und die Mund- und Zungenschleimhaut.

9. V. 01. Der Zustand hatte sich insoferne etwas gebessert, als im Bereiche des I. Trigeminusastes heute an circumscripten Stellen am Jochbogen, sowie an einem etwa 2 Handtellergroßen Bezirke am rechten Oberschenkel Nadelstiche etwas empfunden werden. Die Körpergewichtszunahme hat sich von 69,0 kg auf 69,9 kg erhöht.

3. VI. 01. Die Sensibilitätsstörungen sind noch unverändert, der Gang noch ziemlich stampfend und stark schwankend.

4. VII. 01. Nadelstiche werden nun auch an der Nasenspitze, dann am unteren Teile des Nasenrückens empfunden. Sonst keine Aenderung.

16. VII. 01. Gang noch unverändert. Speziell klagt Patientin, daß sie aus den kleinsten Ursachen erschrickt und dann, das Gleichgewicht verlierend, zu Boden fällt.

31. VII. 01. Nadelstiche werden außer an der erwähnten Stelle am Kinn nun auch an der ganzen Nase und Oberlippe empfunden. Sonst keine Veränderung.

17. IX. 01. Befund der gleiche. Körpergewicht hat sich auf 72 kg erhöht.

19. VII. 02. Motilität ist ungestört. Sinn für feine Berührung aufgehoben, Schmerzempfindung am ganzen Körper aufgehoben mit Ausnahme der Partien um den Mund, an den Nasenflügeln und einer kleinen Partie am rechten Jochbogen, außerdem an der Radialseite beider Vorderarme. Etwas unterhalb der Ellenbogengelenke je etwa eine 3 Markstückgroße Stelle mit erhaltener Berührungs- und Schmerzempfindung[1]) um gut Handbreite nach oben verlagert, während an den erstgenannten Stellen diese Empfindung sich erloschen zeigt (Transfert).

Die Reflexe zeigen normales Verhalten, nur fällt es auf, daß die Patientin bei Prüfung des Fußsohlenstichreflexes mit deutlichen Abwehrbewegungen gegen Nadelstiche reagiert, während sich doch bei der Sensibilitätsprüfung die Schmerz-

[1]) Nach Auflegen einer Goldmünze auf die genannten Partien zeigt sich dann beiderseits die Stelle erhaltener Berührungs- und Schmerzempfindung.

empfindung dortselbst als fehlend erwies. Der Gang ist noch der gleiche taumelnde, stampfende, auch das schreckhafte Zusammenfahren, doch ist in der langen Beobachtungszeit noch nie ein wirkliches Zusammenfallen beobachtet worden.

Die subjektiven Beschwerden der Patientin beschränken sich auf allerdings auch nur seltene, leichte Kopfschmerzen. Der Appetit ist immer gut, der Stuhl regelmäßig. Das Körpergewicht nimmt zu, 73,8 kg.

Zur Vervollständigung der Beobachtung dürfte es vielleicht angebracht sein, auch die Untersuchung des Schapparates anzuführen; dieselbe ergab:

Rechts: An der Papille nach oben und an geringer Ausdehnung auch nach unten weiße Streifen, von der Papille in die Retina ziehend (fibrae medullares).

Links: Fast überall an dieser Cirkumferenz der Papille weißliche Nervenfasern, in die Retina ausstrahlend. Gegen die Macula und um dieselbe große weiße Herde mit starken, fleckenförmigen Pigmentierungen. Farbenblindheit oder Einengung des Gesichtsfeldes sind nicht nachzuweisen.

Vergleichen wir nun die Krankheitssymptome in unserem speziellen Falle mit den früher angegebenen zahlreichen Symptomen der Hysterie, so sehen wir manche sehr deutlich ausgeprägt, manche jedoch ganz fehlend und es ist dies der beste Beweis dafür, wie verschieden das Krankheitsbild und wie wechselnd das Auftreten der einzelnen Krankheitssymptome bei der Hysterie sein kann. Nicht vorhanden sind in unserem Falle

die hysterischen Anfälle, nicht vorhanden ist die oft so charakteristische hysterische Verstimmung und Anlage zu Klagen und Nörgeleien. Die Patientin ist meist heiter und ruhig und nur ganz selten stellen sich bei ihr Exaltationen ein. Es fehlen die Hyperaesthesien, die in manchen Fällen so stark und charakteristisch auftreten, dagegen ist eine ausgedehnte Anaesthesie über den ganzen Körper verbreitet zu konstatieren, sodaß Schmerz-, Temperatur-, Lage- und Raumempfindung, sowie das Gefühl für feine Bewegung im wesentlichen beeinträchtigt und stellenweise ganz aufgehoben erscheinen. Desgleichen zeigen die Reflexe, sowohl die hohen, wie die tiefen, eine starke Beeinträchtigung und nur die Pupillar- und Mammillarreflexe sind ganz vorhanden, alle anderen sind mehr oder weniger erloschen oder wenigstens herabgesetzt. Auch die Koordination ist bedeutend beeinträchtigt, das Rhomberg'sche Phänomen deutlich ausgeprägt und die Beine versagen beim Gehen und Stehen ihre Funktion, es besteht Asthasie und Abasie.

Auch die oben angegebene Erscheinung des Transfert konnte nachgewiesen werden. Das Körpergewicht der Patientin war im Anfang zwar wechselnd, konnte aber gegen Ende der Beobachtung als deutlich zunehmend bezeichnet werden, von 69,0 kg auf 73,8 kg, sodaß von einem schlimmen Einfluß der Krankheit auf den allgemeinen Körper- und Ernährungszustand keine Rede sein kann.

Eines möchte ich nicht unerwähnt lassen, die Unregelmäßigkeit in der Menstruation bei der

Patientin seit den letzten zwei Jahren. Während sie früher immer normal, in gewöhnlicher Stärke und Zeit vorhanden war, wurde sie in den letzten Jahren immer seltener und unregelmäßiger.

Die Resultate der Behandlung, die anfangs nur ganz gering waren, berechtigten gegen das Ende der Beobachtung wenigstens zu einigen, wenn auch nur ganz schwachen Hoffnungen. Immerhin konnte doch einige Besserung konstatiert werden, so das Fühlen von Nadelstichen im Bereiche des I. Trigeminusastes und einer kleinen Stelle am rechten Oberschenkel, eine vorübergehende Besserung im Gang der Patientin, das Fühlen von Nadelstichen an der Nasenspitze und den Nasenflügeln und auch an der Oberlippe, dem Jochbogen und zuletzt auch an einer Stelle unterhalb des Ellenbogengelenkes. Doch war am Schlusse meiner Beobachtung der Gesundheitszustand der Patientin mit Ausnahme dieser eben angegebenen Besserungen, im allgemeinen noch der gleiche wie am Anfange meiner Betrachtungen.

Diagnose.

Die Diagnose der Hysterie macht keine Schwierigkeiten, wenn es sich um ausgebildete Fälle handelt, ja man kann oft schon aus einzelnen charakteristischen Symptomen, vor allem aus dem psychischen Verhalten auf den ersten Blick das Vorhandensein der Krankheit konstatieren. Aber es gibt auch Fälle, wo sich der Diagnose große Schwierigkeiten entgegenstellen und wo man nur mit großer Mühe die Diagnose auf Hysterie stellen kann, wo Verwechslungen eintreten können

mit manchen ihr so nahe verwandten Krankheiten des Nervensystems, z. B. der Nervosität, Hypochondrie, Epilepsie u. a. m.; denn auch nach diesen Krankheiten kommen häufige Wechsel in der Stimmung, gesteigerte sensible und psychische Eindrücke, krampfhafte Erscheinungen und noch manche andere Symptome der Hysterie vor. Da ist es dann gewiß nicht leicht, eine genaue Diagnose zu stellen, und doch hängt davon so unendlich viel für die Behandlung und den ganzen Heilplan ab. Man wird nach Jolly das Vorhandensein der Hysterie dann mit Sicherheit annehmen können, wenn die sie vorwiegend charakterisierenden psychischen Eigentümlichkeiten deutlich ausgesprochen sind und anhaltend bestehen, wenn die Schwankungen der Stimmung ohne jedes äußere Motiv eintreten und nach allen Richtungen hin excessiv werden, wenn die entsprechenden Veränderungen der Willensfähigkeit und der Vorstellungstätigkeit vorhanden sind. Dazu kommt als Hauptmoment die typischen Sensibilitätsstörungen. Allein man wird eben alle diese Momente selten in einem Krankheitsfalle vereint vorfinden.

Auch in unserem Falle war die Diagnose keineswegs leicht und ohne weiteres anzugeben, denn mancherlei andere Krankheiten, die fast dieselben oder ähnliche Krankheitssymptome bieten, galt es auszuschalten und so erst allmählich, Schritt für Schritt, der eigentlichen, jetzigen Diagnose, Hysterie, sich zu nähern und sie als die endgültige aufzustellen. Deshalb erübrigt es noch bei der Besprechung der Diagnose der Hysterie

mehrere Symptomenkomplexe anzuführen, welche zu irrtümlichen Angaben organischer Erkrankungen des Nervensystems Anlaß geben könnten.

Differenzialdiagnostisch käme hier in Betracht, einmal eine Krankheit, welche nach ihren Hauptsymptomen: Kopfschmerz, Erbrechen, Verstopfung, von verschiedenen Beobachtern (Pitres, Sains-Ange, Arnozan, Boissard u. a.) unter der Bezeichnung „hysterische Pseudomeningitis" beschrieben wurde. Hyperaesthesie der behaarten Kopfhaut, Lichtscheu, eine gewisse Nackensteifheit, auch Delirien können sich einstellen, sodaß das Gesamtbild der Affektion eine gewisse Aehnlichkeit mit dem der tuberkulösen Meningitis darbietet. Auf der anderen Seite mangeln aber auch gewöhnlich nicht einzelne Symptome, welche nach einer ganz anderen Richtung hinweisen. Fieber fehlt in einem Teile der Fälle gänzlich. Die Pulsverlangsamung, die wir bei der tuberkulösen Meningitis sehr oft finden, ist bei der Hysterie sehr selten, ebenso auch erheblich vermehrte Pulsfrequenz. Auch die Antecedentien der Kranken und das Vorhandensein permanenter Stigmen der Hysterie gewähren wertvolle Anhaltspunkte.

Die eben erwähnte hysterische Imitation konnte in unserem Falle sofort ausgeschaltet werden, denn bei der Kranken waren von den angeführten Symptomen höchstens die zeitweise auftretenden Kopfschmerzen vorhanden. Immerhin kann man bei Stellung der Diagnose auch daran denken.

Ganz kurz möchte ich erwähnen, daß man

auch die multiple Sklerose differenzialdiagnostisch zulassen kann. Charcot betont, daß von allen organischen Krankheiten des Nervensystems die multiple Sklerose sich am häufigsten mit der Hysterie vergesellschaftet.

Berücksichtigt man außerdem, daß beiden Affektionen Mannigfaltigkeit der Erscheinung eigen ist und daß bei beiden Affektionen die Symptome eine gewisse Flüchtigkeit zeigen können, so wird man auch zugeben, daß eine scharfe Abgrenzung der beiderseitigen Symptomenkomplexe nicht ganz leicht ist.

An diese beiden Krankheiten kann man bei der Differenzialdiagnose der Hysterie wohl mit Recht denken, allein sie sind verhältnismäßig leicht und bald von der Diagnose auszuschalten. Anders verhält es sich mit einigen anderen Krankheiten, welche die Diagnosenstellung oft ungeheuer erschweren und lange als zweifelhaft erscheinen lassen. Zu diesen Krankheiten rechnet man in erster Linie die Tabes, dann die Neuritiden und die Tumoren des Gehirns. Sie sind oft nicht so leicht auszuschalten und bedürfen daher einer genaueren Besprechung. Betrachten wir zunächst die Tabes, welche der Differenzialdiagnose der Hysterie vielleicht die größten Schwierigkeiten entgegenstellt. Da ist nun in unserem Falle besonders ein Symptom, das die Diagnose „Tabes" im höchsten Grade wahrscheinlich machte und lange aufrecht zu erhalten schien, nämlich die Störung der Koordination, der taumelnde, schwankende Gang, die Unfähigkeit bei geschlossenen Augen zu stehen und das unsichere Gehen

selbst mit Unterstützung. Dieses Symptom, die Ataxie, ist eine bei der Hysterie nur ganz selten vorkommende Erscheinung und nur in einigen Fällen beobachtet worden. Die Störung ist dabei teils in einzelnen Muskeln (Augenmuskeln), teils in ganzen Extremitäten, teils in der gesamten Muskulatur aufgetreten, gewöhnlich anfallsweise gekommen und wieder verschwunden. Solche nur vereinzelt auftretende Fälle haben Landouzy, Briquet, Topinard (de l'ataxie locomotrice), Eisenmann (die Bewegungsataxie) und Lasègue (de l'anestésie et de l'ataxie hystérique) beschrieben.

Die Ataxie findet sich also hauptsächlich bei der Tabes, wo sie das wichtigste Symptom ist. Sie kommt aber auch noch bei anderen Erkrankungen vor, die deswegen in unserem Falle bei der Diagnose ebenfalls in Betracht gezogen werden mußten, nämlich bei Cerebralaffektionen, und zwar solchen der Rinde; dann bei Läsionen des Wurms des Cerebellum, der Crura cerebelli, auch des Pons und der Vierhügel; endlich findet man sie noch, wenn auch in geringerem Grade und nicht so häufig bei diffusen peripheren Neuritiden.

Kehren wir nun zu der hysterischen Imitation der Tabes zurück. Neben der Schwäche und Unsicherheit der Unterextremitäten, den lancinierenden Schmerzen und Gürtelgefühlen, begegnen wir bei der Hysterie auch ausgebreiteten Anaesthesien, Blasen- und Augenmuskellähmungen, ferner ausgeprägter, anhaltender Ataxie und Erscheinungen visceraler Krisen. Selbst die reflektorische Pupillenstarre und der Verlust des Kniephäno-

mens mangeln nicht. Es verbleiben demnach nur wenige Symptome der Tabes, welche die Hysterie nicht zu imitieren vermag, und diese zählen keineswegs zu den häufigeren Erscheinungen der Tabes: Die Sehnervenatrophie, die tabetischen Gelenkneuralgien und die Spontanfrakturen.

Die Zahl der Fälle von hysterischer Pseudotabes, welche die bisherige Literatur aufweist, beträgt kaum mehr als ein Dutzend. Hieher gehörige Beobachtungen wurden von Lecorché und Talamon, Leval-Picquechef, Michaut, Pitres und Souques mitgeteilt. Namentlich haben die beiden letzten Autoren die Pseudotabes zum Gegenstand eingehender Studien gemacht.

Für die Unterscheidung der hysterischen Imitation von der rechten Tabes kommt neben den Antecedentien der Kranken und der Gegenwart von Stigmen der Hysterie der Umstand in Betracht, daß reflektorische Pupillenstarre bisher bei der fraglichen Imitation überhaupt nicht und Mangel des Kniephänomens nur ausnahmsweise beobachtet wurde, daß ferner Sehnervenatrophie und die tabetischen Gelenk- und Knochenveränderungen in der Symptomatologie der Hysterie fehlen. Unser Krankheitsbild ließ nun zwar trotz der bestehenden, deutlichen ataktischen Störungen nicht an Tabes denken, da andere Symptome der Tabes fehlten.

Als zweite differenzialdiagnostisch in Frage kommende Krankheit wurden oben die Neuritiden erwähnt. Dabei sind die Nerven gegen Druck sehr empfindlich und zeigen namentlich in chro-

nischen Fällen oft deutliche Verdickungen. Diagnostisch wichtig ist, daß zugleich fast immer eine wenn auch umschriebene Anaesthesie vorhanden ist, die von den Kranken selbst gar nicht bemerkt, oft erst bei der objektiven Untersuchung hervortritt. Ein besonderes Krankheitsbild liefert dann die multiple Neuritis, bei der mehrere Nerven gleichzeitig erkrankt sind und die als ein wichtiges Symptom die schon bei der Tabes erwähnte Ataxie neben den namentlich über Hand und Fuß weit ausgedehnten Lähmungen aufweist.

Also auch daran mußte und konnte man in unserem Falle denken, allein der Mangel an Lähmungen, namentlich Entartungsreaktion, das Fehlen der Druckempfindlichkeit und der Verdickungen der Nerven, endlich die mangelnden trophischen Störungen und auch hier wieder das Auftreten des Symptomes des Transfert schlossen die Diagnose „Neuritis“ aus. Nun muß ich noch eine Krankheit erwähnen, die bei der Diagnosenstellung in Frage kommen konnte, nämlich der Gedanke an einen Tumor des Gehirns.

Wie bei allen Herderkrankungen des Gehirns hängt auch bei den Gehirnschwülsten ein Teil der Symptome von der besonderen Oertlichkeit der Neubildung ab. Je nachdem dieser oder jener Teil der Gehirnsubstanz durch die Geschwulstbildung zerstört oder wenigstens in seiner Funktion beeinträchtigt ist, müssen sich bestimmte Herdsymptome entwickeln. Außer diesen Herdsymptomen kommen aber bei fast allen größeren Gehirngeschwülsten gewisse Allgemeinerscheinungen vor.

Unter den einzelnen Symptomen ist der Kopf-

schmerz eines der regelmäßigsten und häufigsten unter den Gehirngeschwülsten. Nächst den Kopfschmerzen gehören Symptome von Seiten des Sensoriums und des psychischen Verhaltens des Kranken zu den häufigsten Allgemeinerscheinungen der Gehirngeschwülste. Der Gesichtsausdruck ist oft matt und stumpfsinnig, die Sprache wird langsam, das Gedächtnis nimmt ab und noch manche andere Störungen machen sich bemerkbar. Ferner sind unter den Allgemeinerscheinungen der Gehirntumoren der Schwindel, die Pulsverlangsamung und das Erbrechen zu nennen.

Epileptiforme Konvulsionen gehören ebenfalls zu den verhältnismäßig nicht seltenen allgemeinen Gehirnerscheinungen. Das wichtigste und häufigste Symptom aber ist die Stauungspapille, sodaß die Papille geschwellt, die Venen des Augenhintergrundes geschlängelt und erweitert sind, was wahrscheinlich eine Folge des Druckes der in die Optikuslymphscheide eindringenden Zerebrospinalflüssigkeit ist.

Neben diesem höchst wichtigen Symptom sind dann noch zwei weitere Symptome von besonderer Bedeutung zu nennen, nämlich die Unsicherheit des Ganges (cerebellare Ataxie) und ausgesprochenes Schwindelgefühl.

Um nun diese Erkrankung von der Differenzialdiagnose auszuschalten, wurde vor allem der Augenhintergrund einer eingehenden Untersuchung unterzogen, allein das Resultat fiel negativ aus, es konnte nichts gefunden werden, was die Diagnose „Gehirntumor" aufrecht erhalten konnte und das für diese Erkrankung so außerordentlich

wichtige Symptom der Stauungspapille ließ sich in keiner Weise nachweisen, sodaß auch diese Krankheit von der Diagnose ausgeschaltet werden konnte und somit nur noch als alleinige und wirklich richtige Diagnose die Hysterie übrigblieb.

So haben wir denn an der Hand der eben erwähnten Krankheiten gesehen, daß die Diagnose der Hysterie, so leicht sie in ganz ausgebildeten Fällen zu sein scheint, oft nur mit großer Schwierigkeit gestellt werden kann und daß die Differenzialdiagnose gerade bei dieser Erkrankung genauest und sorgfältigst zu erwägen und durchzuführen ist, um sich vor prognostischen und noch schlimmeren therapeutischen Mißgriffen zu hüten.

Prognose.

Die Hysterie ist fast immer eine chronisch verlaufende Krankheit, die viele Jahre besteht und meist erst im höheren Alter verschwindet. In der Mehrzahl der Fälle treten im Verlaufe der Krankheit Schwankungen ein, sowohl was die Kombination der einzelnen Symptome als deren Intensität anbelangt. Leichte und schwere Formen wechseln miteinander ab, die verschiedensten Abstufungen von einfachen Fällen gesteigerter Erregbarkeit bis zu den tiefgehendsten psychischen Alterationen und Anfällen von allgemeinen Krämpfen, verbreitete Lähmungen und Anaesthesien können sich unserer Beobachtung unterstellen.

Die Prognose ist quoad vitam fast durchaus günstig. Anders verhält sich die Prognose quoad sanitatem, wo allerdings wenige günstige Erfolge zu verzeichnen sind, wenigstens dauernde Erfolge,

wo nicht durch oft auftretende Remissionen die scheinbare Heilung getrübt und nur geringe Hoffnung vorhanden ist. Im allgemeinen sind die Fälle von tödlichem Ausgange selten. Obwohl aber die Hysterie als solche eine ziemlich gute Prognose aufweist, so kommen doch selten vollkommene Heilungen vor. Am ungünstigsten ist sie in dieser Beziehung in all den Fällen, wo die Disposition zur Krankheit angeboren ist und schon in der Kindheit die ersten Symptome auftreten.

Die günstigste Prognose gestatten die Fälle, in denen die Disposition zur Hysterie und diese selbst durch nachweisbare und der Behandlung zugängliche körperliche Krankheiten erworben ist, aber auch da darf man mit seinen Erwartungen nicht zu vertrauensvoll sein.

Prophylaxis.

Vor allem bietet eine richtige Erziehung und eine entsprechende körperliche Pflege im Kindesalter den besten prophylaktischen Schutz. Angemessene Bewegung in frischer Luft, zweckmäßige Kleidung, Schwimm- und Turnübungen, eine richtige Diät, die von den Erwachsenen sorgsam überwacht wird, das sind notwendige prophylaktische Erfordernisse. Jede falsche Erziehung, sei es durch übermäßige Strafen oder durch unangebrachte Einschüchterungen sind energisch zu vermeiden. Zur Zeit der Pubertät soll die Aufklärung über den vorherrschenden Zustand erfolgen und all das, was die geschlechtlichen Regungen reizen könnte, von dem jungen Individuum ferne gehalten werden. Eine derartige

richtige körperliche und geistige Pflege, ein derartig günstiger psychischer Einfluß bildet entschieden den besten prophylaktischen Schutz und wenn alle Eltern, die selbst an nervösen Krankheiten leiden oder die in ihrer Familie schon ähnliche Kranke gepflegt und gewartet haben, auf die Gefahren aufmerksam gemacht und in der Erziehung ihrer Kinder entsprechend angehalten würden, dann würde man sicherlich eine bedeutende Abnahme der Hysterie konstatieren können.

Therapie.

Die Behandlung der Hysterie stellt uns einer Aufgabe gegenüber, deren Lösung im konkreten Falle bald eine recht leichte, bald aber auch mit großen Schwierigkeiten verbunden ist, nämlich die Erforschung der Ursachen, welche die Zerrüttung des Nervensystems herbeigeführt haben.

Das Grundprinzip der Therapie liegt in dem psychischen Eindruck. Mag man nun Arzneimittel ordinieren — und diese sogenannten Antihysterica wurden seither viel benutzt — oder mag man Kaltwasserkuren anwenden, oder sich des elektrischen Stromes bedienen, das wirksamste Prinzip ist dabei nur der psychische Effekt. Bleibt dieser aus, dann fehlt auch der Erfolg. So kommt es, daß in manchen Fällen die bloße Autorität des Arztes die Krankheit zum Schwinden bringt, während in anderen Fällen trotz der größten Mühe und Sorgfalt eine Heilung nicht zu erzielen ist. In besonders hartnäckigen Fällen kann oft nur eine Anstaltsbehandlung von Nutzen sein.

In unserem Falle wirkte der Aufenthalt im Krankenhause, verbunden mit kalten Abklatschungen und der Behandlung mit Induktionsströmen wenigstens einigermaßen günstig ein, wenn auch bei der langen Dauer der Krankheit von einer vollständigen Genesung der Patientin kaum die Rede sein kann.

Zum Schlusse meiner Arbeit erfülle ich die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Dr. Sittmann, für die gütige Ueberlassung des Themas, sowie für die Durchsicht der Arbeit meinen innigsten Dank auszusprechen. Besonderen Dank spreche ich auch meinem sehr verehrten Lehrer, Herrn Professor Dr. v. Bauer, für die gütige Uebernahme des Referates aus.

Literatur.

1. Archiv f. Psychiatrie, Band 30 Heft 3, 1898.
2. „ „ „ „ 33 „ 3, 1900.
3. Eulenburg, Realencyclopädie, Band 10, 1887.
4. Jacob, Inaug.-Diss. Erlangen 1887.
5. Liebermeister, Hysterie und deren Behandlung, 1883.
6. Penzoldt, Handbuch, Band 5, 1898.
7. Rosenthal, Klinik der Nervenkrankheiten, 1875.
8. Nothnagel, Zur Behandlung der Hysterie; Aerztliches Vereinsblatt Juni 1881.
9. Schmidt's Jahrbücher 1883.
10. Ziemssen, Handbuch, Band XII, 2. Hälfte, 1877.
11. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde, Band 18, 1900.
12. Löwenfeld, Neurasthenie u. Hysterie, 1894.
13. Levy, Inaug.-Diss. München 1898.
14. Salge, „ „ Berlin 1898.
15. Weil, „ „ Erlfingen 1895.
16. Bibliothek neural. Werke, Band 1, 1894.
17. „ „ „ „ 3, 4, 1894.
18. Münchner med. Wochenschrift, 49. Jahrgang Nr. 9.
19. „ „ „ 49. „ „ 10.
20. Strümpell, Spez. Pathologie u. Therapie, Band 3, 1899.

Lebenslauf.

Verfasser dieses wurde am 11. Oktober 1873 als der Sohn des Kgl. Bahnmeisters Martin Baßmann zu Burglauer geboren. Meine erste Erziehung und Schulbildung genoß ich, nach Versetzung meiner Eltern, in Marktbreit a. M., wo heute noch der Wohnsitz meiner Eltern ist. In Marktbreit legte ich auch den Grund zu meiner späteren Gymnasialbildung in der dortigen Real- und Handelsschule, damals verbunden mit einer dreiklassigen Lateinschule.

Meine eigentliche Gymnasialbildung begann am Gymnasium zu Ansbach, wo ich bis zur sechsten Gymnasialklasse blieb, um nach Erlangung des Einjährigen-Scheines an das alte Gymnasium in Würzburg überzusiedeln. Daselbst erwarb ich mir das Gymnasialabsolutorium.

Im Winterhalbjahr 1895/96 bezog ich die Universität Würzburg, wo ich das Tentamen physicum machte, das ich im Sommersemester 1898 in Kiel, wohin ich von Würzburg aus ging, beendete. Von Kiel kam ich im Wintersemester 1898/99 nach München, wo ich meine klinischen Semester verbrachte und meine medizinische Studienlaufbahn mit der Approbation im Wintersemester 1902/03 vollendete.

Nach erlangter Approbation trat ich im Dezember 1902 beim Kgl. 3. bayer. Feld-Art.-Regiment als einjährig freiwilliger Arzt ein, wo ich am Garnisonslazarett München und in einem dreimonatigen Kommando beim Garnisonslazarett im Lager Lechfeld Verwendung fand.

Nach Absolvierung meiner Militärzeit verheiratete ich mich und trat am 1. Juli 1903 als Volontärassistent auf der gynäkologischen Abteilung des Krankenhauses l. d. I. ein, wo ich zur vollsten Zufriedenheit meines Chefs, Herrn Dr. Amann, 4 Monate tätig wer.

Nach Ablauf dieser Zeit bekam ich durch einen älteren Herrn Kollegen in Pfaffenberg in Niederbayern eine Praxis vermittelt, woselbst ich seit 3. November als prakt. Arzt tätig bin.

Emil Bassmann,
approb. Arzt aus Marktbreit a. M.